32
Juillet 2014
Semestriel

La lettre de l'Union

urps Franche Comté
MÉDECINS LIBÉRAUX
Union Régionale des Professionnels de Santé

Union Régionale des Professionnels de Santé Franche-Comté, Médecins Libéraux



Editorial



A propos de santé ...

La « stratégie nationale de santé » déclinée dans une nouvelle « Loi de santé » voulue par l'actuel gouvernement dans le but de refonder notre « système de santé » autour du patient, comme toutes les politiques de santé publique avant elle, utilise une terminologie qui ne correspond pas à la réalité.

En effet, d'après la définition de l'OMS (Organisation Mondiale de Santé), la santé se définit comme **« un état de bien-être complet, comprenant l'état physique, mental, social, environnemental... » et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.** C'est une notion relative, ressentie par chaque individu. Aucune mesure réelle ne peut la mesurer puisque la santé est le fait de satisfaire tous ses besoins (affectifs, nutritionnels, relationnels, sanitaires...). En médecine, la santé est souvent résumée à l'absence de maladie.

Le bien-être (donc la santé) est une **responsabilité personnelle** qui ne dépend ni de la sécurité sociale, ni du Ministère de la Santé, ni de l'état-providence...

Les ARS, relais de l'Etat en région, n'organisent donc pas la « santé » sur leur territoire, mais ce qui est mesurable c'est-à-dire les « soins » : leur coût, leur accès, leur sécurité, la gestion des risques associés, leur parcours ou leur coordination, dans le souci d'une prise en charge égalitaire des **pathologies** présentées par une population sur un territoire.

C'est par la promotion de la santé, l'information et les mises en garde contre tout ce qui la menace dans notre environnement, c'est à dire par une vraie « prévention » que l'on permettra aux populations d'éviter les maladies et donc de conserver **la santé** qui est, rappelons-le, **l'état naturel de l'être humain.**

La prévention, annoncée comme au cœur du projet de la future loi de santé, ne consiste pas à dépister des maladies déjà existantes ou à tenter de limiter leur aggravation, mais doit consacrer **tous ses moyens** à les empêcher de survenir, par l'information et l'auto-responsabilisation des populations.

C'est en cessant de harceler, de contraindre, d'écraser de charges les médecins libéraux qu'on leur évitera le mal-être, l'épuisement professionnel, le burn-out ou la dépression, le suicide... donc la dégradation de leur santé ! et ses conséquences sur la prise en charge de celle de leurs patients.

C'est la démotivation des professionnels libéraux du secteur de la santé organisée par l'accélération de l'étatisation et le renforcement du contrôle administratif, qui est la principale responsable de la pénurie de l'offre de soins actuelle et à venir.

Les files d'attente honnies par les patients, seront inévitablement le corollaire de l'absence de concurrence entre l'offre de soins hospitalière publique et privée organisée par l'état et mise en oeuvre par les ARS qui disposent de tout pouvoir sur l'exercice des médecins exerçant en clinique, à travers leur outil de travail soumis à autorisation administrative.

Restaurer des conditions de vie propices à la santé de tous les français, y compris de ceux qui les soignent, est une urgence, et c'est la responsabilité de nos gouvernants d'y consacrer efforts et moyens... **pas seulement 0,3% du budget santé...**



Sortir du soin pour promouvoir la santé...

Dans le contexte de vieillissement de la population, d'explosion des maladies chroniques, et de surconsommation médicamenteuse qui caractérise notre pays, c'est l'**enjeu majeur** pour l'avenir.

Votre URPS y travaille depuis 20 ans.

Dr Christine BERTIN-BELOT
Présidente de l'URPS-ML-FC

Indemnisation des RCP : Où est passé l'argent des médecins libéraux... ?

Lettre ouverte à Madame Sylvie Mansion, directrice générale de l'ARS

Madame la Directrice,

Suite aux demandes répétées de l'URPS-ML de Franche-Comté restées sans réponse à ce jour, au nom des 1866 médecins libéraux que nous représentons, nous vous demandons solennellement dans ces pages de bien vouloir LEUR répondre :

1) Qu'en est-il de l'indemnisation des médecins libéraux prévue pour leur participation aux réunions de concertation pluridisciplinaire en cancérologie (RCP) ?

Des fonds dédiés ont été versés aux 26 ARS pour 2013 et 2014 afin de rémunérer les médecins libéraux participant bénévolement jusqu'à présent à ces RCP chronophages.

Nous avons sollicité à plusieurs reprises l'ARS depuis le début de l'année pour organiser une rencontre ARS/ réseau de cancérologie Oncolie/URPS-ML afin de convenir du mode de répartition de ces fonds qui restent dus à tous les praticiens concernés pour l'année 2013 et le seront également en 2014.

2) Quels sont les bénéficiaires des subventions versées par le fonds d'intervention régional FIR ?

Nous demandons depuis l'année dernière la transparence sur l'utilisation des fonds FIR avec le détail de leur répartition entre les établissements publics et privés.

L'URPS-ML vous remercie d'avance pour vos réponses qu'elle ne manquera pas de publier dans sa prochaine Lettre de l'Union.

Le Bureau de l'URPS-ML de Franche-Comté

A PROPOS DU FIR

Historique :

En 1999 a été mis en place le FAQSV, Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville, destiné à améliorer la qualité et la coordination des soins dispensés en agglomération, sous forme de nouvelles organisations interprofessionnelles dans le libéral, et à faire évoluer les relations entre les médecines de ville et hospitalière.

En 2007, le FAQSV a été regroupé avec la Dotation Régionale de Développement des Réseaux (DRDR) dans un nouveau dispositif, le FIQCS, Fonds d'Intervention de la Qualité et de la Coordination des Soins.

En 2012, la Loi de financement de la Sécurité Sociale a créé un Fonds d'Intervention Régional (FIR) qui regroupe les crédits de la permanence des soins ambulatoires et en établissements, plusieurs dotations FICQS, FMESPP (Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés), MIG... et les crédits de prévention Etat et Assurance-Maladie relevant des ARS.

Ce sont donc désormais les ARS qui décident des actions et expérimentations pouvant bénéficier du FIR, celles-ci devant s'inscrire dans un Contrat Plurian-nuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) conclu avec l'ARS.

Missions financées par le FIR :

- **La Permanence Des Soins** (ambulatoire et établissement de santé) :
  - les rémunérations forfaitaires versées aux médecins qui participent à la permanence des soins ambulatoires (PDSA) ;
  - les actions ou les structures concourant à l'amélioration de la permanence des soins ambulatoires et notamment les maisons médicales de garde ;
  - la permanence en établissement de santé (PDSES) :
- La télémédecine, les réseaux de santé, les maisons, pôles et centres de santé, les centres périnataux de proximité ;
- l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins ;
- l'amélioration de la répartition géographique des professionnels de santé ;
- la modernisation, l'adaptation et la restructuration de l'offre de soins hospitalière ;
- l'amélioration des conditions de travail des personnels hospitaliers ;
- la prévention des maladies, la promotion de la santé, l'éducation à la santé et la sécurité sanitaire ;
- la mutualisation régionale de moyens entre professionnels et de structures sanitaires ;
- la prévention des handicaps et de la perte d'autonomie, la prise en charge et l'accompagnement des personnes handicapées ou âgées dépendantes.

Et c'est ainsi que la grande majorité des fonds initialement destinés à améliorer la qualité des soins de ville et à rémunérer les médecins libéraux pour les missions de service public et de santé publique qu'ils assurent au quotidien, est désormais utilisée à d'autres fins.

COMPTE-RENDU

La CRSA et sa commission spécialisée la CSOS : A l'heure du bilan

Les ARS ont 4 ans.
Créées par la Loi en 1994, les URML sont devenues URPS-ML en 2010 et ont été étendues à 9 autres professions de santé, avec des missions plus précises comme celle de participer à l'élaboration et au suivi du Projet Régional de Santé de chaque région, en collaboration avec l'Agence Régionale de Santé et avec tous les acteurs de santé et les usagers, dans le cadre de la démocratie sanitaire.

Ces 4 années de travail en commun ont été marquées par un engagement très fort de notre URPS et de ses représentants qui ont participé à des milliers de réunions de travail, en dépit de la réelle difficulté pour des libéraux de se libérer en pleine journée aux horaires administratifs, pour des réunions trop souvent différées ou annulées en dernière minute…

Pour quel résultat ?

Le bilan 2010-2014 a été présenté le 12 juin à l'ARS lors d'une assemblée plénière de la CRSA (Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie) par chacune des Commissions Spécialisées.

En l'absence de son président le Dr Jean-Michel Badet, c'est en sa qualité de vice-présidente de la CSOS (Commission Spécialisée de l'Organisation des Soins) que le Dr Christine Bertin-Belot, présidente de l'URPS Médecins Libéraux, a présenté le bilan de cette commission très active : 18 réunions au total et une participation dynamique de ses membres.

La mission principale de la CSOS est d'émettre un avis après examen de toutes les demandes d'autorisation d'activité de soins médicaux, chirurgicaux ou gynéco-obstétriques, ou d'autorisation d'implantation ou de renouvellement d'équipements lourds présentées par les praticiens des établissements hospitaliers publics et privés de la région.

La vice-présidente a exprimé son regret que les équilibres public/privé soient toujours défavorables au secteur privé, de par le faible nombre de représentants des médecins libéraux prévus dans cette commission (4 sur 38 membres).

Les arbitrages de l'ARS concernant les implantations de matériels lourds (scanner, IRM…) ou les activités de soins soumises à autorisation (chirurgie carcinologique, gynéco-obstétrique…) sont éloquents :

Les arbitrages de l'ARS (…) sont éloquents :
- dans le public : 1 refus pour 40 demandes
- dans le privé : 8 refus pour une vingtaine de demandes

➔ 1 demande refusée pour environ 40 demandes présentées par les établissements publics,

➔ 8 refus pour la vingtaine de demandes présentées par les cliniques privées.

Il en est de même pour la permanence des soins en établissements de soins, mission de service public obligatoire appelée « permanence des soins » et financée pour le secteur public et nommée « continuité des soins » et non financée pour le secteur privé…

Sur le terrain, aucune différence… des médecins sont de garde 24h/24 dans la plupart des spécialités dont la radiologie, la biologie, la pédiatrie… dans toutes les cliniques privées et hôpitaux publics de la région.

Seules les activités de soins réglementées soumises à autorisation et donc assujetties à une permanence des soins obligatoire ont des lignes de garde financées par l'ARS.

Ce sont en Franche-Comté la cardiologie interventionnelle de la clinique St-Vincent et les activités liées à la maternité de la Polyclinique de Franche-Comté et de la Clinique de Montbéliard.

Un regret également concernant le SROS-Chirurgie qui a été traité par spécialités chirurgicales, en groupes de travail ciblés isolément, alors que son abord en même temps que la permanence des soins en établissements aurait sans doute permis d'avoir une vision plus globale de l'organisation stratégique régionale des plateaux techniques.

En conclusion, la vice-présidente de la CSOS a émis deux vœux pour l'an II de la future CRSA :

- Sur un plan organisationnel : **que l'activité et les horaires des libéraux soient pris en considération.**
- Sur les arbitrages rendus par la commission et par l'ARS : qu'il soit mieux tenu compte des **besoins et des choix des patients** et que les établissements de soins soient traités sur un **mode égalitaire.**

Deux questions se posent pour la future CRSA :

- Quelle sera la décision ministérielle permettant la nomination des représentants des URPS en l'absence de constitution des Fédérations d'URPS ?
- Quel sera l'avenir de la CRSA, de l'ARS et des URPS dans la perspective annoncée de fusion des régions Bourgogne et Franche-Comté ?

CRSA : Pour une vraie démocratie sanitaire sans exclusion

La Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) est un organisme consultatif qui concourt par ses avis à la politique régionale de santé décidée par l'Agence Régionale de Santé (ARS).

Cette CRSA destinée à favoriser l'expression citoyenne appelée « démocratie sanitaire » par la Loi HPST dont elle est issue, est une assemblée de 95 membres parmi lesquels on ne trouve que 6 représentants des Unions Régionales de Professionnels de Santé libéraux dont 2 médecins libéraux.

Nommée pour 4 ans le 6 juillet 2010, l'actuelle CRSA prend fin le 6 juillet 2014 et doit donc être renouvelée.

La CRSA, un siège de la démocratie sanitaire ?

Ce qui pose problème, car la Loi stipule que c'est une Fédération régionale regroupant les 10 URPS des professions de santé qui est censée désigner les 6 représentants des libéraux à la CRSA.

Or les URPS franc-comtoises ont refusé de créer cette Fédération, couche supplémentaire au mille-feuille administratif dont la France est friande… dont l'unique mission est la nomination de 6 de ses membres à la CRSA…

Comme la fronde ne concerne pas que notre région mais tout le pays, le Ministère vient de publier un décret autorisant les directeurs d'ARS à nommer les représentants des libéraux sur proposition des URPS en l'absence de Fédération constituée.

Toutefois, si l'on souhaite une réelle démocratie sanitaire, il serait logique que chaque URPS dispose au minimum d'un représentant dans cette assemblée plutôt que 6 membres censés représenter 10 professions de santé différentes…

Cela n'améliorerait certes pas le déséquilibre flagrant de la composition de cette assemblée marquée par une large surreprésentation des représentants du secteur public, mais aurait au moins le mérite de ne pas laisser de côté une partie des professionnels de santé libéraux qui participent quotidiennement à la prise en charge de plus de 90% des patients de notre région.

Les URPS de Franche-Comté, au nombre de 9 (l'URPS des orthoptistes n'existant pas à ce jour), ont donc unanimement demandé à Madame la Directrice Générale de l'ARS, que nous savons très attachée à la démocratie sanitaire, de relayer leur demande auprès du Ministère d'un élargissement du nombre de siège des représentants des libéraux.

L'absence de Fédération d'URPS en Franche-Comté ne signifie pas pour autant absence de dialogue entre elles !

Les 9 URPS se réunissent régulièrement et viennent d'adresser à Madame Mansion, directrice Générale de l'ARS la liste établie en concertation et validée par chaque URPS de leurs futurs représentants dans la prochaine assemblée de la CRSA, ainsi qu'une requête très importante :

Les 9 URPS de Franche-Comté expriment le regret, conformément à leur demande commune précédente, que chaque URPS ne puisse pas disposer d'un siège de droit au sein de cette assemblée.

Toutefois, afin que chaque URPS, y compris et surtout celles qui représentent peu de professionnels de santé libéraux, soit en mesure de participer aux travaux de la CRSA dans le cadre de la démocratie sanitaire, les URPS demandent à Madame la Directrice Générale de l'ARS de bien vouloir veiller à ce que chacune d'entre elles soit systématiquement destinataire d'une invitation à tous les groupes de travail des trois commissions spécialisées de la CRSA.

Chaque URPS aura ainsi le choix d'y participer ou pas, en fonction de l'ordre du jour et du degré d'implication de la profession qu'elle représente.

Cette méthode nous paraît la plus à même de permettre l'expression d'une véritable démocratie sanitaire dans l'attente d'un éventuel amendement de la Loi HPST.

Les URPS de Franche-Comté : Médecins, Pharmaciens, Chirurgiens-Dentistes, Sages-femmes, Infirmiers, Kinésithérapeutes, Orthophonistes, Biologistes, Podologues

Avis important aux médecins qui envisagent un cumul emploi-retraite

La loi du 20 janvier 2014 prévoit que les assurés dont la première pension prend effet à compter du 1er janvier 2015 ne pourront plus, en cas de poursuite ou de reprise d'activité, acquérir de droits dans quelque régime légal de retraite que ce soit, de base ou complémentaire, dès lors qu'ils auront liquidé un droit propre dans un régime légal de base.

La Loi a donc prévu qu'à partir du 1er janvier 2015 le fait de faire valoir ses droits dans la retraite de base de la CARMF valait aussi pour tout autre régime de base (et réciproquement) et tout autre régime complémentaire (tout ou rien). Donc, ceux qui envisageraient un cumul emploi retraite dans une fonction salariée, ou libérale (poursuivie ou nouvelle...) se verraient cotiser (avec les employeurs éventuels) à fonds perdus sans valider aucuns trimestres complémentaires SAUF ceux qui auraient validé leurs droits par exemple à la retraite de base CARMF avant le 1er janvier 2015, c'est-à-dire pour le 1er octobre 2014 et pourraient alors :

• toucher leur retraite de base CARMF (compte-tenu du nombre de trimestres bloqués à titre définitif) ;

• continuer à valider des points pour la retraite complémentaire et l'ASV si l'activité libérale est poursuivie ou par choix de continuer à cotiser ;

• continuer à valider des trimestres par la poursuite de leur activité salariée ou une nouvelle activité salariée quel qu'elle soit (médicale ou autre !) ;

ou inversement.

Mais ceci n'est valable que pour les droits à la retraite de base déjà validés au 1er janvier 2015, donc impérativement demandés avant le 1er octobre 2014 et validés sur le 4ème trimestre 2014 !
Il faudra être retraité avant le 01/01/2015 et non en attente de la prochaine échéance à la fin du premier trimestre 2015.

Les personnes n'ayant pas encore atteint l'âge de la retraite peuvent aussi être intéressés : perdre quelques trimestres sur la retraite de base CARMF (environ 20% de la retraite d'un médecin) pour valider des trimestres sur un salaire devenant plus important (passage en temps plein éventuellement ou dans une autre activité, médicale ou autre décidée en fin de course) peut être rentable (en évitant de cotiser à fond perdu sur ces futurs salaires !!!).

Attention cependant au fait qu'il peut exister un plafond de revenus à l'activité exercée : en cas de poursuite de l'exercice libéral, deux situations peuvent en effet se présenter :

Pour exercer dans le cadre d'un CUMUL INTEGRAL, 2 conditions doivent être remplies :

- avoir la durée d'assurance nécessaire pour bénéficier de la retraite à taux plein ou avoir l'âge de la retraite à taux plein ;

- avoir fait liquider l'ensemble des retraites personnelles auprès des régimes de retraites obligatoires (de base et complémentaire, français et étrangers) dont on a relevé.

• EXCEPTION (loi du 20/01/2014) :
si l'âge de la retraite à taux plein dans les régimes complémentaires (65 ans actuellement à la CARMF) n'est pas atteint, il est possible d'attendre cet âge pour demander le bénéfice de ces pensions, le cumul est alors effectué sans limite de revenus jusqu'à cet âge. Pour qu'il puisse être poursuivi dans ces conditions, la liquidation de ces retraites doit obligatoirement être effectuée à l'âge auquel le taux plein est atteint.

Donc revenus libres, toutes retraites liquidées sauf complémentaires (liquidation obligée à l'âge du taux plein).

• Sinon CUMUL AVEC LIMITATION DE REVENUS :
Si les conditions ci-dessus ne sont pas remplies, les revenus nets (à différencier du chiffre d'affaire généré) tirés de l'activité médicale libérale ne doivent pas dépasser un plafond fixé en 2014 à :

- 37 548 € (1 plafond sécurité sociale) si l'âge de la retraite à taux plein n'est pas atteint lors de la liquidation des droits (65 à 67 ans selon votre date de naissance) ;

- 48 812 € (130% plafond SS) si l'âge de la retraite à taux plein est atteint lors de la liquidation des droits.



Donc revenus contenus mais acquisition de trimestres ou de points jusqu'à l'âge du taux plein qui varie selon la date de naissance.

• IMPORTANT : si les revenus, lorsqu'ils sont connus deux ans après l'exercice par la caisse de retraite, dépassent le plafond, le versement de la retraite est suspendu à due concurrence du dépassement (faire se comptes en décembre et cotiser à un fond MADELIN permet de baisser le résultat net de ses revenus en dessous de la limite fatidique).

Enfin, il existe aussi des contraintes sur les salaires perçus dans le cadre du cumul emploi-retraite salarié mais ce point serait trop long à développer (voir par exemple *www.retraite.net/cram.bourgogne.html* dans rubrique infos pratiques item lexique item ARRCO article « le cumul emploi-retraite » situé très loin dans le long menu déroulant...)

A chacun des médecins né(e)s autour de 1950 de définir ses projets d'activités sur les prochaines années et ses besoins financiers, puis de calculer son intérêt, mais la porte de cette éventualité sera fermée définitivement au 1er octobre 2014.

Compte-tenu des délais de mise en place des pensions, n'attendez pas le 30 septembre pour faire votre demande de liquidation des droits au régime de base...

Dr Erick PEYSSONNEAUX





Suspension administrative de la maternité de Montbéliard

Un évènement indésirable grave (EIG) dans la vie d'une clinique.

La directrice générale de l'ARS de Franche-Comté a maintenu la décision de fermeture administrative de la maternité de la clinique « les portes du Jura » et ceci malgré toutes les mesures d'amélioration mises en place par les praticiens et la direction de l'établissement et l'avis favorable de la CSOS ayant voté pour sa réouverture.

La clinique avait même réussi à recruter de nouveaux praticiens afin de satisfaire la permanence des soins dans cette maternité de catégorie I, et ceci dans une période ou la démographie médicale n'est pas favorable.

Que peut faire de plus la clinique à qui l'ARS ne laisse pas le temps de mettre en application les mesures correctives ?

Cette nouvelle suspension d'activité risque d'entretenir une fermeture définitive et la suppression de l'accès aux parturientes ayant choisi d'accoucher en clinique.

Quel sera le devenir de cet établissement ou la contribution à l'accès aux soins de la maternité est majeure avec plus de 750 accouchements/an ?

Il s'agit d'une décision administrative de précaution sans lien avec un accident médical ou une condamnation avérée.

L'URPS, ayant appris la décision de suspension par la presse, et alertée par les médecins libéraux concernés, a demandé communication des pièces du dossier à l'ARS (visites d'inspection et conclusions) dès la mi-avril.

Le dossier de l'inspection réalisée le 28 mai lui a été communiqué mi-juin.

Quels que soient les motifs retenus par l'ARS dont nous déplorons bien évidemment les conséquences sur la Clinique de Montbéliard, nous dénonçons l'utilisation par ses services des déclarations d'évènements indésirables liés aux soins dont il a été fait usage et qui ont contribué à la décision de suspension d'activité.

Ces auto-déclarations par les praticiens des établissements de soins ne visant qu'à l'amélioration de la qualité des soins délivrés par les équipes médico-chirurgicales, leur utilisation par l'administration dans un autre but est inacceptable.

En espérant que cette décision ne prive pas définitivement le pays de Montbéliard d'une alternative de qualité et n'entraine pas ipso-facto la disparition de l'offre libérale dans le nord Franche-Comté, ce qui nous autoriserait à nous interroger sur les réelles motivations de l'ARS dans cette décision.

Dr Patrick CHABOD
Membre suppléant de la CSOS

Dr Christine BERTIN-BELOT
Vice-Présidente de la CSOS

Pour ou contre le tiers-payant généralisé ?

Plus de 80% des médecins libéraux sont hostiles au tiers-payant généralisé cher à Marisol Touraine et inscrit dans son projet de Loi de santé, applicable à tous en 2017.



➡ Qu'en pensent les pharmaciens qui l'utilisent depuis plusieurs années ?

« Siégeant à l'Observatoire Régional de la Démographie des Professionnels de Santé, et conscient de la difficulté aujourd'hui à motiver de jeunes médecins à mailler le territoire national, je pense que ce ***dispositif ministériel est très dangereux :***

*- **les pharmaciens offrent le tiers payant depuis des années,** il a fait ses preuves d'un accès facilité aux soins, mais pour des traitements dont le coût est bien souvent très fortement supérieur à celui d'une consultation de généraliste à 23€ qui comprend la part du régime obligatoire RO et celle du régime complémentaire (RC) ;*

*- depuis quelques années par contre, **on voit exploser le nombre d'impayés de RO ou de RC** (principalement) ce qui induit beaucoup de temps passé en recherches et réclamations car les patients changent souvent maintenant de mutuelle dans l'année (merci les contrats en ligne...) et de situation professionnelle avec modification de RO ;*

- ce temps passé reste trop infructueux pour nous ;

Or, j'ai très peur que l'attrait pour l'exercice libéral de la médecine de famille soit encore amoindri dans les années à venir, au bénéfice de structures hospitalières rompues depuis des années à ces pratiques de tiers payant et disposant de salariés dédiés.

- si un(e) jeune médecin doit, après ses consultations tardives et surchargées en zone déficitaire, se former, consulter les messageries de dépôt de résultats d'examens et de courrier de ses confrères ou d'autres professionnels de santé, et en plus, passer X minutes sur des télétransmissions et des relances de paiement, ce dispositif va être un vrai épouvantail !

*- **les MSP** (Maisons de Santé Pluridisciplinaires) aujourd'hui **ne font pas de tiers-payant ou peu, elles auront du mal à salarier sur leurs budgets du personnel dédié à cette activité,** donc même ce mode d'exercice voulu attractif pour les professionnels de santé perdra sa plus value potentielle d'attrait.*

Je suis très inquiet des réflexions ministérielles au vu des risques qu'elles font peser à mon sens sur la démographie des médecins de famille de nos régions».



Dr Rodolphe POURTIER
Président de l'URPS Pharmaciens de Franche-Comté

➡ Qu'en pense un médecin plutôt favorable au tiers-payant ?

• Que le tiers payant généralisé est un atout pour la population et qu'il facilite l'accès aux soins,
• Que c'est un danger pour les médecins sauf s'il est :
- facultatif ;
- traçable sur tous les logiciels ;
- simple (l'assurance maladie est payeur unique) ;
- et rapide (paiement en 3 ou 4 jours ouvrés maximum).

Autour de nous, 24 des 28 pays européens pratiquent un tiers payant intégral. Et pourtant leurs dépenses de santé n'ont pas explosé.

Certains médecins sont confrontés à des attentes de remise en banque de chèques pour des raisons évidentes de « fins de mois difficiles » de leurs patients : le tiers payant permet d'être honoré rapidement si les CPAM remboursent en 1 flux les parts obligatoires et complémentaires.

Il en est de même des actes gratuits que nous effectuons sans les coter et dont le nombre n'est pas identifiable : ils pourraient être honorés par un tiers payant.



Dr Marc GIUSTI

Les actes CCAM en médecine générale et ses nouveautés

Les actes CCAM sont souvent considérés, avec raison, comme compliqués. Combien de médecins cotent une consultation normale pour une suture ou pour la réalisation d'un frottis faute de connaître correctement la nomenclature ?
Pourtant, bien connaître les actes CCAM permet une meilleure rémunération. L'acte ainsi coté devient également visible et peut être utilisé pour la réalisation d'études statistiques.

Depuis un an, **une nouveauté est apparue :**
Les nouveaux modificateurs CCAM « O, X, I et 9 ».

Ceux-ci permettent la revalorisation de certains actes techniques pour les deux premières étapes de revalorisation (1er juillet 2013 et 1er mars 2014) ; la troisième étant l'application des tarifs cibles au 1er janvier 2015. Ces nouveaux modificateurs sont libellés « modificateurs transitoires de convergence vers la cible ». En effet, appliqués aux tarifs CCAM des actes concernés, ils permettent de réaliser, en 3 étapes, la convergence vers les tarifs « cibles » de ces actes. Au 1er janvier 2015, ces modificateurs disparaîtront. **Pourquoi faire simple quand on peut faire compliqué ?**

Code	Libellé	Valeur du 1er juillet 2013 au 28 février 2014	Valeur du 1er mars 2014 au 31 décembre 2014
X	Modificateur transitoire de convergence vers la cible, valeur 4	+8%	+16%
I	Modificateur transitoire de convergence vers la cible, valeur 3	+4,6%	+9,2%
9	Modificateur transitoire de convergence vers la cible, valeur 2	+1,9%	+3,7%
O	Modificateur transitoire de convergence vers la cible, valeur 1	+0,3%	+0,6%

Certains actes CCAM peuvent aussi être associés aux modificateurs :

- P / 35 € : acte effectué en Première partie de nuit de 20h00 à minuit mais aussi de 06h00 à 08h00,
- S / 40 € : acte réalisé en Seconde partie de nuit de 0h00 à 06h00,
- F 19,06 € : acte réalisé le samedi de 12h00 à 20h00 et les dimanches et jours Fériés de 8h00 à 20h00,
- M / 26,88 € : Majoration qui signifie que le médecin a réalisé l'acte en urgence à son cabinet. Elle ne peut être utilisée en visite à domicile.

Quels sont les actes CCAM en médecine générale ?

- Il n'y en a, pour finir, pas tant que cela qui peuvent être utilisés régulièrement. Voici les principaux avec les nouveaux modificateurs quand il y en a (la liste n'est bien sûr pas exhaustive). L'ensemble des cotations des actes CCAM est consultable sur le site : *www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/index.php*



Les sutures et petite chirurgie :

ACTE	Cotation	Tarif	Modificateurs possibles
Suture plaie superficielle de la face < 3 cm	QAJA013	31,35 €	F-P-S-M
Suture plaie superficielle de la face de 3 à 10 cm	QAJA005 + modificateur I	61,52 €	F-P-S-M
Suture plaie superficielle de la face > 10 cm	QAJA002 + modificateurs IX	76,72 €	F-P-S-M
Suture plaie superficielle < 3 cm	QZJA002 + modificateurs O9	24,6 €	F-P-S-M
Suture plaie superficielle de 3 à 10 cm	QZJA017 + modificateurs IX	48,57 €	F-P-S-M
Suture plaie superficielle > 10 cm	QZJA015 + modificateurs IX	55,79 €	F-P-S-M
Incision ou excision d'un panaris superficiel	MJPA010 + modificateur X	35,95 €	F-P-S-M

L'électrocardiogramme :

Le DEQP003 est revalorisé par le modificateur 9. De 13,52€, il est passé au 1er mars 2014 à **14,02€** avec ce modificateur.
Le YYYY490 n'est, quant à lui, pas revalorisé.

Exemples :

Au cabinet en semaine :
C + DEQP003 + modificateur 9 = 23 + 14,02 = **37,02€.**

En visite à domicile en début de nuit pour un acte régulé :
V + VRN + DEQP003 + modificateur 9 + YYYY490 = 23 + 46 + 14,02 + 9,6 = **92,62€.**

Les urgences :

La cotation YYYY010 (48€) s'applique s'il y a un **traitement de premier recours nécessitant des actes techniques** (pose d'une perfusion, administration d'oxygène, soins de réanimation cardio-respiratoire…) et **la présence prolongée du médecin** (en dehors d'un établissement de soins) dans les situations suivantes : **détresse respiratoire, détresse cardiaque, détresse d'origine allergique, état aigu d'agitation, état de mal comitial et détresse d'origine traumatique.** Elle n'est pas concernée par les nouveaux modificateurs.

Exemples :

Au cabinet :
YYYY010 + M = 48 + 26,88 = **74,88€.**

En visite à domicile en début de nuit pour un acte régulé :
YYYY010 + VRN = 48 + 46 = **94 €.**

L'épistaxis :

Tamponnement nasal antérieur :
GABD002 **+ modificateurs OI** 26,51 €
Ajout possible des modificateurs F-P-S-M

La gynécologie :

Frottis : cumul C + 50% de la cotation CCAM (5,77)	C + JKHD001 + modificateurs X9 /2	28,77€
Pose d'un dispositif intra-utérin	JKLD001	38,40 €
Changement d'un dispositif intra-utérin	JKKD001	38,40 €
Ablation ou changement d'implant sous cutané	QZGA002	41,80 €

Dr Christophe RUEDIN



L'Entretien Prénatal Précoce (EPP) : un enjeu en périnatalité



L'entretien prénatal précoce est une des mesures phares du plan de Périnatalité 2005-2007. Il s'intègre dans le parcours santé de la femme enceinte.

Parallèlement au parcours de soins de la femme enceinte, Il existe la démarche de la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) dont l'Entretien Prénatal Précoce, aussi appelé Entretien du 4ème mois, représente la première séance.

Les recommandations présentées par la HAS concernant la PNP proposent d'inscrire les professionnels dans une démarche préventive, éducative et d'orientation dans le parcours de santé de la femme enceinte, en favorisant leur participation active au travers du projet de naissance, afin de : (1)

- préparer le couple à la naissance et à l'accueil de son enfant au moyen de séances éducatives adaptées aux besoins et aux attentes de chaque femme et du futur père ;
- accompagner chaque couple et en particulier s'il existe une situation de vulnérabilité, par des dispositifs qui préviennent les troubles de la relation parents-enfants ;
- soutenir la parentalité par des informations et des repères sur la construction des liens familiaux et sur les moyens matériels, éducatifs et affectifs qui permettent à l'enfant de grandir ;
- favoriser une meilleure coordination des professionnels autour et avec la femme enceinte et le couple, de l'anténatal au postnatal.

Ces recommandations préconisent une approche plus précoce de la PNP et une démarche élargie à l'amélioration des compétences des femmes ou des couples en matière de santé et au soutien à la parentalité : **l'Entretien Prénatal Précoce.**

Il s'agit d'un entretien individuel, ou en couple, à proposer de façon systématique au cours du 4ème mois de grossesse par le professionnel qui déclare la grossesse. Il vise à l'information de la femme enceinte, en particulier sur le déroulement de la grossesse, de la naissance, de la période néonatale. Il doit permettre l'expression des besoins, des attentes, et des projets de la patiente et/ou du conjoint. Il ne doit pas se substituer aux consultations de suivi de grossesse, et doit conforter les parents dans leur projet de naissance ou les aider à l'exprimer, le cas échéant. La durée minimum de l'entretien est de 45mn. La satisfaction des patientes en ayant bénéficié n'est plus à démontrer. Cet entretien permet d'activer et de coordonner les professionnels autour des familles en difficulté, par une cohérence des actions en continuité de la période anténatale à la période postnatale. (1)

> L'objectif ? **100%** des patientes informées et des professionnels mieux formés

Qui peut pratiquer ces entretiens ?

Les médecins généralistes, gynécologues, obstétriciens, sages-femmes libérales, des maternités publiques ou privées, de la Protection Maternelle et Infantile peuvent pratiquer cet entretien, coté 2,5C pour les médecins.

Objectif du programme d'action :

100% des patientes informées et des professionnels mieux formés

Actuellement, la Franche-Comté suit la tendance nationale avec près de 30% de patientes ayant bénéficié de l'EPP. Mais seulement 40% des patientes se voient proposer l'entretien. (Résultats de l'enquête périnatale 2010 en Franche-Comté, confirmée en 2012).

L'objectif principal du prochain programme d'action en périnatalité de l'ARS en cours d'élaboration, en collaboration avec le réseau périnatalité, vise à étendre ce dispositif à toutes les patientes enceintes et le plus précocement possible, mais également de permettre aux professionnels de mieux coordonner le suivi et la prise en charge de patientes présentant des situations à risque périnatal.

Entretien prénatal précoce

Le Réseau de Périnatalité de Franche-Comté (RPFC) a pour mission d'organiser l'information et la formation des professionnels réalisant cet EPP, et d'informer les patientes de son existence.

Les sages-femmes de coordination des bassins de naissances sont en charge du développement des coopérations interprofessionnelles pour permettre aux professionnels amenés à prendre en charge les mêmes patientes de se rencontrer, se reconnaître mutuellement leurs compétences, leurs places, leurs rôles dans la prise en charge de ces patientes. (Coordonnées sur *www.rpfc.fr*)

Dans le cadre du prochain programme d'action, le réseau aura notamment pour mission de former les professionnels à l'Entretien Prénatal Précoce, dans le cadre de la promotion de la collaboration médico- psychologique en périnatalité décrite dans la circulaire DHOS/DGS/02/6C n°2005-300 du 4 juillet 2005 (circulaire Molénat) (2).

L' HAS a également édité des recommandations à l'attention des professionnels afin de mieux informer les femmes enceintes.

La formation a pour but de permettre aux professionnels pratiquant l'EPP de : (1)

- Mener un entretien ;
- Construire avec la patiente un projet préventif et éducatif ;
- Négocier avec la patiente le développement de ses compétences atteignables en associant son entourage ;
- Proposer et de conduire à accepter l'aide proposée ;
- Assurer la cohérence et la continuité des interventions des divers professionnels de santé ;
- Adapter le contenu et la technique de la séance selon les besoins de la patiente ou du couple ;
- Identifier les stratégies éducatives les mieux adaptées aux compétences à développer et maitriser les techniques d'éducation et de conduite de groupe, les techniques de soutien ;
- Ouvrir le dialogue dans les groupes de discussion, de communiquer des informations claires...écouter et être attentif aux inquiétudes des couples ;
- Évaluer la situation de chaque couple, la compléter par un contenu ciblé et un suivi adapté aux besoins.

Des informations seront à votre disposition sur les sites de l'ARS et du Réseau de Périnatalité de Franche-Comté concernant l'état d'avancement du programme et des actions proposées.

Sources :

1.Haute Autorité de Santé. Recommandations professionnelles. Préparation à la naissance et à la parentalité(PNP). Saint Denis la Plaine : HAS-2005

2. Circulaire DHOS/DGS/02/6C n°2005-300 du 4 juillet 2005 (circulaire Molénat) relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité.

3. Haute Autorité de Santé. Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandation pour les professionnels de santé. Saint Denis la Plaine : HAS-2005

La Franche Comté est constituée de 7 bassins de naissances :

Besançon
Dole
Lons-le-Saunier
Le Nord Franche Comté (Belfort et Montbéliard)
Pontarlier
Saint Claude
Vesoul

Taux de natalité : **11,9 en 2011** (12,5 en France métropolitaine)
Soit près de **14 000** naissances en 2012.

Pour plus d'information :

http://www.rpfc.fr
fwurtz@chbm.fr
sylvie.clement-vanel@ars.sante.fr

Rédaction :
Flore WURTZ cadre SF CHBM/ Etudiante en Master 2 Périnatalité à la Faculté de Médecine de l'Université de Bourgogne.

Naissances domiciliées
Doubs : **6778** naissances
Jura : **2741** naissances
Haute Saône : **2609** naissances
Territoire de Belfort : **1763** naissances

Vers l'identification des médecins à expertises particulières, MEP

Dans son édition 2014, l'atlas démographique de l'ordre national des médecins fait un focus sur les MEP, médecins à expertises particulières. Cette catégorie de médecins soulève plusieurs questions en termes de caractérisation de la démographie médicale dans un contexte de diminution du nombre de médecins généralistes.

En effet, la baisse des médecins généralistes s'accentue par rapport aux autres spécialités. Le tableau de l'Ordre recense 90 630 médecins généralistes en activité régulière, soit une diminution de 6,5% des effectifs depuis 2007. Les projections confirment cette tendance à la baisse jusqu'en 2020 avec une estimation à cette période-là de 86 203 médecins généralistes en activité régulière .

Or parmi ces médecins généralistes, une part importante se déclare médecins à expertises particulières. Ainsi, parmi les 90 630 médecins généralistes inscrits au tableau de l'Ordre en activité régulière, 22 985 médecins généralistes se sont déclarés médecins à expertises particulières, soit 25,4% d'entre eux. Les disparités sont conséquentes entre les régions françaises ; **en Franche-Comté, les médecins généralistes à expertise particulières représentent 26,1% des médecins généralistes inscrits au tableau de l'ordre.**

Un recensement à parfaire

Ces chiffres importants ne sont toutefois pas exhaustifs étant donné que le recensement des médecins à expertises particulières repose aujourd'hui sur une déclaration facultative auprès du conseil de l'Ordre des médecins. Peuvent se déclarer médecins à expertises particulières tous les omnipraticiens ayant validé une formation complémentaire en plus de la médecine générale.

Ces formations complémentaires, dans des disciplines médicales, ne relèvent pas juridiquement de la liste des spécialités médicales. Si ces diplômes nationaux, non discriminants, permettent aux médecins généralistes d'indiquer à leur patientèle l'acquisition de connaissances et de compétences particulières dans une branche de la médecine, ils ne permettent pas, à ce jour, d'accéder à une valorisation spécifique de l'activité pratiquée.

Le besoin d'une caractérisation objective

Cette valorisation, demande forte des médecins à expertises particulières, implique de caractériser au préalable l'activité de ces médecins. Sur la question de la caractérisation, la difficulté est réelle puisque la majorité des médecins à expertises particulières ne sont pas exclusifs et pratiquent des activités mixtes. Ainsi, il n'existe pas à l'heure actuelle de seuil d'activité à partir duquel un médecin généraliste est qualifié de médecin à expertises particulières. Cette question est entière : **à partir de quel niveau d'activité peut-on considérer qu'un omnipraticien est médecin à expertise particulière ?**

L'URPS médecins Franche-Comté s'est saisie de cette question pour engager une réflexion sur la caractérisation des différents médecins à expertises particulière exerçant dans la région. L'objectif est de construire un modèle permettant d'identifier les différents groupes de médecins à expertises particulières de la région, à partir des actes réalisés en pratique quotidienne.

Vers la définition de critères objectifs

Il s'agit donc d'identifier des critères objectifs relevant de la pratique professionnelle, qui permettraient d'identifier les différents médecins à expertises particulières de la région, afin que cette qualification ne relève plus de critères déclaratifs tels les diplômes ou les actes.

Un an après le lancement du groupe de travail, l'URPS médecins Franche-Comté obtient des résultats probants. Grâce à l'appui technique de l'ISPL – Institut Statistique des Professionnels de Santé Libéraux- des requêtes très précises ont pu être faites dans la base de données nationales du SNIIRAM – Système national d'information inter-régimes de l'Assurance Maladie pour identifier l'activité des médecins généralistes de la région sur l'année 2012.

La méthodologie mise en œuvre

Initialement, les membres du groupe de travail ont identifié un certain nombre d'expertises particulières susceptibles de rentrer dans le cadre de l'étude. Les expertises particulières à faible effectif, cinq ou moins de cinq professionnels dans la région, n'ont pas été retenus afin de conserver l'anonymat des professionnels lors des requêtes effectuées. Les exercices particuliers retenus pour faire l'objet de l'étude sont les suivants :

- acupuncture, allergologie, angiologie, échographie, homéopathie et ostéopathie.

Ensuite, le groupe de travail a cherché à définir, pour chacun de ces exercices particuliers, une première série d'actes marqueurs spécifiques. Une fois l'acte marqueur défini, une extraction dans le SNIIRAM, effectuée par l'ISPL, était réalisée, portant sur l'ensemble des actes effectués par les médecins généralistes de la région. Etant donné l'importance de la mixité des pratiques, la réflexion de l'URPS pour caractériser les effectifs de professionnels s'est portée, au-delà des actes spécifiques des expertises particulières, sur la part d'activité concernant l'exercice particulier dans l'activité totale du praticien.

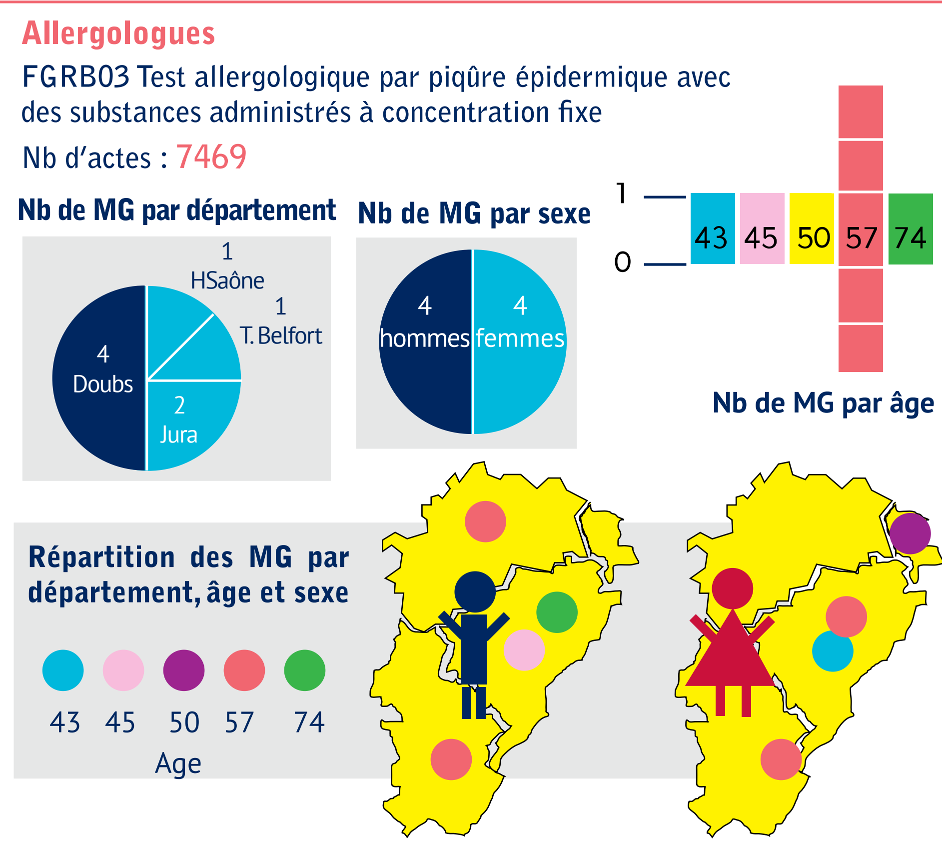
Les requêtes effectuées par catégorie

La définition d'actes marqueurs a été plus ou moins difficile en fonction de la catégorie d'expertise particulière considérée.

➔ **Pour les ostéopathes,** dénommés dans l'étude « médecins manuels » pratiquant des actes d'ostéopathie, afin d'éviter la confusion avec les personnes ayant pris l'appellation d'ostéopathes mais n'étant ni kinésithérapeutes ni médecins, la difficulté a résidé dans l'absence d'acte spécifique. L'acte retenu pour procéder aux extractions a été la « séance de médecine de la colonne vertébrale » - code CCAM LHRP001. Or il est ressorti de la requête que seulement 8235 actes ont été réalisés en 2012. En pratique courant, cet acte est donc très peu utilisé ce qui pourrait s'expliquer par le fait que l'honoraire moyen pour cet acte est à 34,96 euros alors que la base de remboursement est à 25, 08 euros. Aussi les médecins généralistes pratiquant cet acte semblent utiliser majoritairement le C. Le groupe de travail va poursuivre la réflexion en commençant par comparer l'évolution de cet acte sur la période juillet 2013/ juillet 2014 pour voir si la revalorisation de l'acte en mars 2013 à 31,40 euros aura eu un effet sur les cotations. Ainsi à l'heure actuelle aucun acte coté peut être rapproché de façon spécifique à l'activité d'ostéopathie.

➔ **Pour les acupuncteurs,** la difficulté réside également dans la valorisation de l'acte marqueur « séance d'acupuncture » Code CCAM QZRB001 qui est en dessous du C. Le groupe de travail va procéder à une nouvelle requête à la suite de la revalorisation de cet acte en 2013 mais celle-ci restant inférieur au C, les résultats risquent de ne pas être probants. La pratique professionnelle étant caractérisée par des séances en série, le taux de revoyure, à partir des RIAP (Relevé Individuel d'Actes et Prescriptions) a fait l'objet d'une étude du groupe de travail qui doit être poursuivie à ce jour.

➔ **Pour les homéopathes,** le groupe de travail a buté sur l'identification d'un acte spécifique. En effet, il n'existe pas d'acte particulier propre à la pratique d'homéopathes. Pour cette catégorie de médecins à expertise particulière, le groupe de travail a envisagé plu-



sieurs pistes : la proportion d'enfants dans la patientèle, le volume total de prescription pharmaceutique, le nombre de prescriptions d'actes de radiologie et de biologie, la pratique de médecin traitant ou de second recours. Le syndicat des homéopathes a proposé comme critère de retenir la part de prescription de remèdes homéopathiques à 40% de la part totale de prescription. Pour autant, pour des raisons techniques, l'URPS ne peut aujourd'hui identifier ce pourcentage étant donné que les codes CIP ne sont pas identifiables dans la base de données SNIIRAM.

Pour les autres catégories de médecins à expertise particulière, les effectifs trouvés par les requêtes effectuées ont pu être validés pour la Franche-Comté, ce qui signifie que le modèle trouvé et les actes traceurs identifiés sont pertinents et pourraient s'appliquer en France entière.

Pour les médecins vasculaires, l'effectif trouvé en Franche-Comté à partir des acteurs traceurs identifiés a pu être vérifié. Les actes traceurs pertinents sont les suivants :

L'URPS est aujourd'hui en capacité d'identifier plusieurs catégories de médecins à expertise particulière

• « séance de sclérose de varice du membre inférieur, par injection intraveineuse transcutanée sans guidage » Code CCAM EJNF002,

• « échographie-doppler des veines des membres inférieurs et des veines iliaques, sans marquage cutané » Code CCAM EJQM004,

• « séance de sclérose de veine du membre inférieur, par injection intraveineuse transcutanée avec guidage échographique »
Code CCAM EJN001.

➔ **Pour les échographistes,** la caractérisation par l'activité obstétricale ou non s'est avérée pertinente. Les actes traceurs qui ont permis de caractériser la pratique et d'identifier les professionnels sont les 3 échographies de la grossesse :

• « Échographie de surveillance de la croissance fœtale »
Code CCAM JQQM001

• « Échographie d'une grossesse unifoetale à partir du 2ème trimestre avec échographie-doppler des artères utérines de la mère et des vaisseaux du foetus, pour souffrance fœtale »
Code CCAM JQQM002

• « Échographie de surveillance de la croissance foetale avec échographie-doppler des artères utérines de la mère et des vaisseaux du fœtus »
Code CCAM JQQM003

• « Échographie transcutanée du petit bassin [pelvis] féminin »
Code CCAM ZCQM003

• « Échographie transcutanée de l'abdomen »
Code CCAM ZCQM008

➔ Pour les allergologues, l'acte traceur considéré est le « test allergologique par piqûre épidermique avec des substances administrées à concentration fixe » Code CCAM FGRB003. Cet acte traceur a permis de trouver l'effectif de médecins à expertise particulière de cette catégorie en Franche-Comté. Aussi cette requête devrait être réalisable en France entière.

Une réflexion à poursuivre au vu de premiers résultats probants

Ainsi, à partir des données SNIIRAM et avec l'aide de l'ISPL, l'URPS est aujourd'hui en capacité d'identifier, au niveau régional comme national, plusieurs catégories de médecins à expertise particulière, de manière très précise. Pour les autres, la réflexion doit être poursuivie de manière à trouver des critères objectifs de description pour permettre une identification autre que déclarative. Ce travail d'identification est un véritable défi pour l'ensemble des praticiens. Une fois un modèle défini d'identification des médecins à expertise particulière, les organisations professionnelles afférentes seront fondées à demander une reconnaissance de ces pratiques et de ces activités.

Dr Martial OLIVIER-KOEHRET



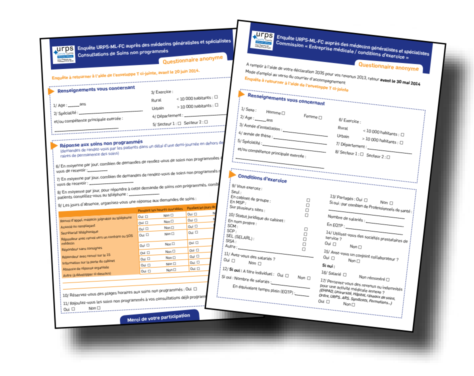
Enquêtes de l'Union
Votre avis est indispensable, merci de vos réponses !

Entreprise médicale, conditions d'exercice et organisation du cabinet

L'augmentation incessante des impôts et des charges liés à l'exercice libéral est régulièrement dénoncée par les médecins libéraux qui semblent de plus en plus nombreux à se tourner vers le salariat.

➔ **Qu'en est-il réellement ? Quel est le pourcentage effectif d'augmentation de ces charges ? Quelles en sont les éventuelles répercussions sur l'organisation du travail des médecins libéraux ?**

L'URPS-Médecins a souhaité le définir avec précision en réalisant une enquête totalement anonyme auprès de tous les médecins libéraux de Franche-Comté qui permettra de mesurer le poids de ces charges ainsi que leur impact sur les conditions d'exercice et d'organisation des cabinets libéraux au cours des cinq dernières années.



Réponse aux demandes de soins non programmés

➔ Suite à notre enquête d'avril 2013 sur les rendez-vous non honorés et non excusés par les patients, l'URPS a souhaité mesurer votre réponse aux demandes de consultations de soins non programmés.

Les soins non programmés sont les demandes de rendez-vous par les patients dans un délai très court (fixé à une demi-journée).

En effet, devant le sentiment d'urgence ressenti à tort ou à raison par les patients et le développement du consumérisme médical, il apparait nécessaire de qualifier et quantifier nos différents modes d'organisation pour faire ressortir auprès des pouvoirs publics et des usagers l'adaptabilité et les réponses apportées par les libéraux.

Vos réponses à ces deux enquêtes sont actuellement en cours de traitement, leurs résultats seront publiés dans la prochaine « Lettre de l'Union » et seront disponibles sur le site de l'URPS www.urps-ml-fc.fr

Ces travaux nous permettront d'intervenir auprès des pouvoirs publics et des médias et de proposer des solutions.

➔ **Nous remercions tous ceux d'entre vous qui ont répondu à ces enquêtes et encourageons ceux qui ne l'ont pas fait à participer à nos prochains travaux !**

SVP **Information** professionnelle, service gratuit

Ce service établit gratuitement via le secrétariat de l'Union, une passerelle entre chaque médecin libéral de Franche-comté et SVP, n°1 de l'information professionnelle et du conseil.

Les secteurs d'information :
- législation, patrimoine, fiscalité, économie, protection sociale, retraite, banque, assurance, garanties, contrat de travail, techniques et produits médicaux, spectacles, voyages, congrès etc...

URPS
Tél : 03 81 25 52 70
Fax : 03 81 25 52 79
urps-ml-fc@orange.fr
www.urps-ml-fc.fr

Confidentialité garantie
Une organisation spécifique a été mise en place. Elle assure à chaque médecin une confidentialité totale, tant par les consultants de SVP, que les intermédiaires de l'Union.

L'accessibilité aux handicapés
S'y préparer et réussir avant le 1er janvier 2015

Déjà en 1975, la loi « déclaration des droits des personnes handicapées » imposait une accessibilité universelle aux handicapés, mais elle n'a jamais été appliquée et il ne fut jamais défini de sanctions en cas de non-respect.
En 2005, sous la pression des associations de handicapées, il fut promulgué une loi qui exigeait que les cabinets médicaux se mettent en capacité d'accueillir les personnes handicapés et cela dans un délai de 10 ans, mais il n'y avait toujours pas de sanction prévue.

Depuis, les sanctions sont définies et complètent la loi d'obligation de mettre les ERP (établissement recevant du public) à des normes permettant l'accessibilité universelle des personnes à mobilité réduite ou présentant un handicap. Cette mise aux normes permettant l'accessibilité dépendra de la profession, de la nature de l'activité mais également du handicap des personnes.

Pour les cabinets médicaux on tiendra compte de la nature du handicap, physique et psychiatrique, de la maladie, des limites à la mobilité liées à l'âge, d'un état de grossesse et de l'usage des fauteuils roulants et des brancards.

Le 09 avril 2014 il fut présenté au premier ministre une ordonnance qui débouchera vers une proposition de la loi dont le décret d'application est prévu le 1/01/2015.

Cette loi imposait déjà à tous, pour les permis de construire déposés après le 1 janvier 2007, de respecter tous les objectifs d'accessibilité.

Ces nouvelles règles d'accessibilité concernent désormais, tous les lieux d'habitation, les immeubles et les lieux recevant du public.

Dans les faits :

Pour les structures construites après 2007 donc considérées comme neuves, elles doivent déjà être aux normes.

Pour les structures construites avant 2007, divers cas de figures se présentent :

➡ Le médecin est propriétaire et les locaux peuvent être adaptés. Les travaux devront être faits dans un délais pouvant aller de 1 à 3 ans.

➡ Le médecin est propriétaire mais les locaux ne peuvent être adaptés (immeuble classé, structure trop ancienne, coût de travaux trop important). Une demande de dérogation devra être déposée au plus tard le 31 décembre 2014.

➡ Le médecin est locataire et son bail ne prévoit pas la mise aux normes des locaux à la charge du locataire. C'est au propriétaire de se conformer à la loi avec des travaux à sa charge (article N°19 du code civil).

La gestion des parties communes dépend toujours de la loi de 2005 et les travaux restent à la charge de la copropriété car ces travaux bénéficient à tous les locataires et non pas seulement aux médecins.

Qui sera considéré comme responsable ?

➡ Pour les structures neuves, c'est celui qui a fait les travaux. Si la mise aux normes est mal faite, c'est le constructeur et le maitre des travaux qui ont fait les erreurs et leur responsabilité professionnelle se trouve alors engagée.

➡ Pour les structures anciennes, c'est l'utilisateur des locaux sauf s'il présente une dérogation.

Quels seront les sanctions possibles après le 1 janvier 2015 :

➡ Possible amende de 45 000 EUR pour le praticien et 6 mois de prison ferme.

➡ Possible amende de 225 000 EUR pour une société type SCI, SCM ou SCP… et 6 mois de prison ferme pour le gérant.

Mais cette loi est à relativiser car elle sensibilise toute la collectivité même si elle ne concerne que 15 % des citoyens français.

Les principes :

Quel que soit le handicap il faut toujours permettre le déplacement de la personne handicapée

• Si le fauteuil passe, tout passe.

Il faut pouvoir tourner, faire demi-tour avec un fauteuil dans un cercle de 150 mm de diamètre, ouvrir et fermer la porte, et se croiser dans les couloir sans difficulté.

• Monter et descendre, à l'aide d'une rampe, les escaliers qui seront signalés par une bande d'éveil de vigilance.

• La texture et la nature du sol devra être adaptée.

• Les dimensions à respecter pour pouvoir utiliser les interrupteurs et les poignées notamment… soit entre 90 cm et 130 cm du sol et à une distance inférieure à 40 cm de la porte.

• La poignée d'une porte doit se trouver à 40 cm du mur et la serrure à 30 cm.

• En cas de handicap visuel il faut que la canne puisse détecter des obstacles.

➡ Règle des saillants qui ne doivent pas dépasser certaines hauteur ou épaisseur.

➡ Règle des contrastes avec une différence d'intensité d'au minimum 70 % entre deux plages de couleurs (écriture blanche sur fond noir).

• En cas de handicap auditif, principalement de surdité, mais aussi d'hyperacousie et d'acouphène avec installation de boucle à induction magnétique pour le patient appareillé.

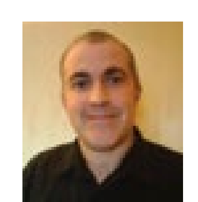
• Il faut bien isoler pour éviter les bruits parasites, sans déranger les autres,

• Mettre en place des signaux lumineux pour alerter des dangers et signaler un appel ou une prise en considération de l'appel pour la visiophonie. (Vibreur et un éclat sur la sonnette)

• La signalétique tiendra compte de la hauteur des lettres et du contraste des couleurs

• Tenir compte du handicap mental ou cognitif qui aura lui aussi ses contraintes.





Alors que faire et comment faire ?

• Remplir le document Cerfa concernant l'accessibilité des locaux et déposer les demandes de dérogation avant le 31/12/2014.

Pour cela, il reste fortement conseillé de se faire aider par des architectes experts qui peuvent, en venant sur place, remplir ce formulaire Cerfa et établir la demande de dérogation. Ce diagnostic incombe à tous les utilisateurs d'établissement recevant du public.

La loi n'impose pas de faire établir ce diagnostic par un architecte, mais par tout professionnel compétent dans le domaine de l'accessibilité des biens immobiliers comme les structures de diagnostic amiante, mais cela reste déconseillé car ils n'ont pas la capacité de chiffrer le coût des travaux et donc de donner corps à une demande de dérogation si ceux-ci sont très importants. Le devis se fait suivant le nombre de pièces concernées dans la structure et non la surface.

La facture du diagnostic s'impose au propriétaire des locaux par défaut, par contre s'il est expressément convenu que l'entretient et les travaux d'amélioration sont à la charge du locataire, cette facture sera à la charge de ce dernier.

Ensuite, dans le cas d'un syndic et/ou d'une copropriété, l'utilisateur de l'ERP demande à son propriétaire de les contacter afin de savoir s'ils peuvent mettre l'immeuble aux normes ou non et dans le cas d'impossibilité il faut joindre ce document.

Concernant la dérogation accordée, celle-ci est définitive et sera transmissible au médecin qui succédera.

Si par contre le local change de destination professionnelle, il faudra refaire la demande de dérogation.

S'il n'y a pas de dérogation possible, les professionnels s'engagent sur l'honneur à faire des travaux suivant un calendrier étalé sur 1 à 3 ans.

Il faut que le professionnel reste dans une démarche positive.

Dr Stéphane ATTAL

Dernières infos :

3 ans de délai supplémentaire pour les cabinets libéraux

Le Premier Ministre a présenté fin février 2014 la mise en place d' « agendas d' accessibilité programmée » (Ad'AP) pour permettre aux professionnels qui ne remplissent pas les règles de mise aux normes au 1° janvier 2015 de s'engager sur de nouveaux délais.

Un projet de loi doit être présenté et une ordonnance publiée cet été.

Des lettres d'engagement dans les Ad'AP devront être déposées par les médecins libéraux avant le 31 décembre 2014.

• Les médecins auront alors **1 an** pour déposer la **liste de leurs travaux.**

Leur projet doit être validé par le Préfet ce qui entérinera l'échéancier pour la mise en accessibilité.

Les médecins ont donc **trois ans maximum pour mettre aux normes leur cabinet.**

Dérogations possibles si :

• Le bâtiment est classé

• Il existe une impossibilité technique

• Il y a une disproportion manifeste entre le coût des travaux et les bénéfices qui en résulteraient

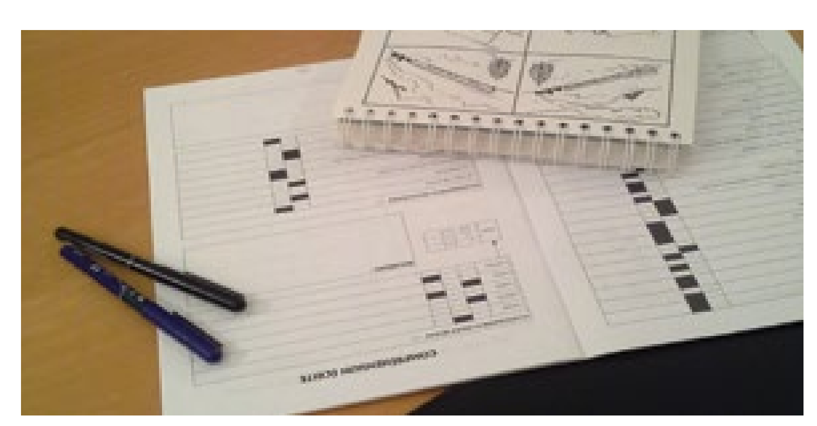
• En cas de refus de la copropriété

Dr Christine BERTIN-BELOT

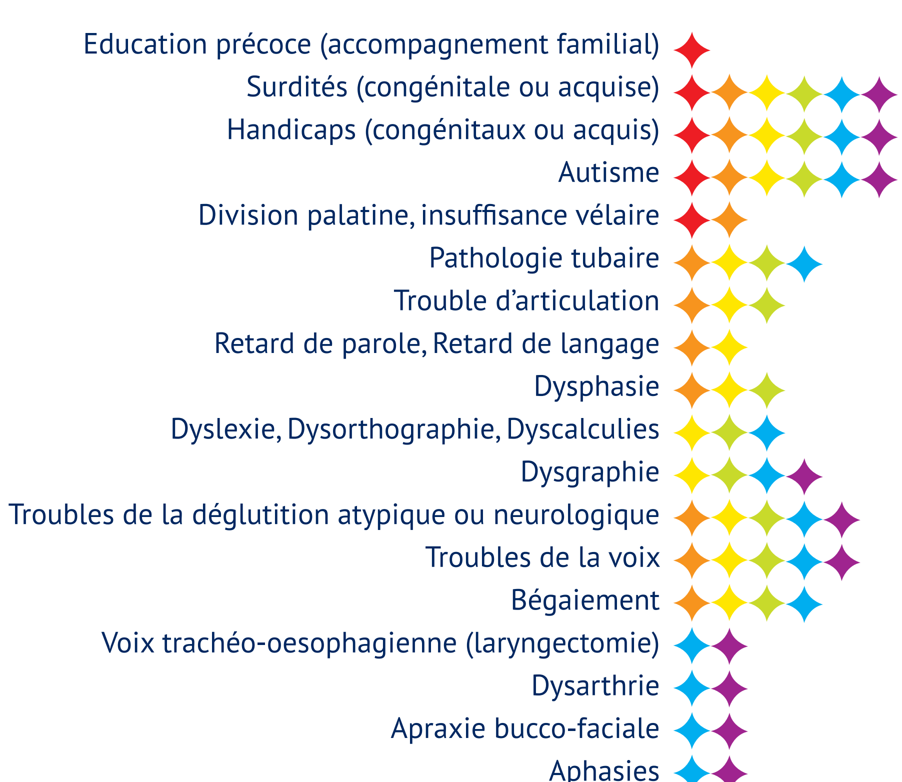
Orthophonistes : principales indications de prescription

Des interventions tout au long de la vie

L'intervention (rééducation/réhabilitation) orthophonique est souvent associée à l'enfance. Pourtant, de la naissance à la fin de vie, nombreux sont les âges et les pathologies où l'orthophonie est nécessaire. L'intervention doit être la plus précoce possible.



Troubles des personnes âgées
Troubles des adultes
Troubles des adolescents
Troubles des 6 - 12 ans
Troubles des 3 - 6 ans
Troubles des 0 - 3 ans



L'orthophonie consiste également à dispenser l'apprentissage d'autres formes de communication non verbale permettant de compléter ou de suppléer les fonctions du langage oral et écrit. De la Trisomie 21 (éducation précoce) à la Sclérose latérale amyotrophique, du cancer ORL à l'apprentissage de la lecture labiale... l'orthophonie à tous les âges de la vie.



Anne Julien
Présidente URPS Orthophonistes

Prescription de soins de rééducation kinésithérapique
Libellé de l'ordonnance et situations soumises à référentiels

Lorsque vous prescrivez des soins de rééducation auprès d'un masseur-kinésithérapeute, il est important de mentionner sur l'ordonnance la nature des soins souhaités, ainsi que leur localisation précise et leur motif. Il n'est plus obligatoire d'indiquer le nombre de séances à prévoir, mais le cas échéant, sachez que certaines prescriptions sont soumises à référentiels.

14 situations de rééducation nécessitent une demande d'accord préalable par le masseur-kinésithérapeute s'il y a lieu de poursuivre les soins au-delà d'un seuil de référence fixé après avis de la HAS.

Dans les cas où le masseur-kinésithérapeute, en accord avec le médecin, juge nécessaire de poursuivre les soins de rééducation du patient, il doit adresser au service médical de la Caisse d'Assurance Maladie de celui-ci :

- une demande d'accord préalable complétée ;
- la prescription des soins de rééducation établie par le médecin ;
- un argumentaire médical sur l'utilité de poursuivre la rééducation (fiche de synthèse du bilan-diagnostic kinésithérapique).

Situations de rééducation sous référentiels

Tronc

- Lombalgie commune : Au-delà de 15 séances (ou de 30 sur 12 mois)
- Cervicalgie commune : Au-delà de 15 séances (ou de 30 sur 12 mois)
- Cervicalgie post-traumatique (whiplash) : Au-delà de 10 séances

Membre supérieur

Epaule :

- Chirurgie de la rupture de la coiffe des rotateurs : Au-delà de 50 séances.

Tendinopathie non opérée de la coiffe des rotateurs : Au-delà de 25 séances.

- Fracture non opérée de l'extrémité proximale de l'humérus : Au-delà de 30 séances.



Coude :

- Fracture avec ou sans luxation du coude chez l'adulte : Au-delà de 30 séances.

Poignet :

- Libération du nerf médian du canal carpien : Aucune rééducation, demande d'accord dès la 1° séance.
- Fracture de l'extrémité distale des 2 os de l'avant-bras : Au-delà de 25 séances.

Membre inférieur :

Hanche :

- Arthroplastie par prothèse totale : Au-delà de 15 séances.

Genou :

- Arthroplastie par prothèse totale ou partielle : Au-delà de 25 séances.
- Reconstruction du ligament croisé antérieur : Au-delà de 40 séances.
- Ménisectomie isolée par arthroscopie : Au-delà de 15 séances.

Cheville :

- Entorse externe récente : Au-delà de 10 séances.

Prescrire un groupe sanguin
Conditions de prise en charge par l'Assurance Maladie

La détermination du groupe sanguin et du facteur rhésus n'est remboursée que sur prescription médicale justifiant la nécessité thérapeutique de cette détermination, dans deux circonstances :

1) La femme enceinte
Le groupe sanguin et la recherche d'anticorps anti-érythrocytaires (RAI) sont pris en charge par l'Assurance-Maladie dans le cadre de la surveillance prénatale pour prévenir la maladie hémolytique du nouveau-né (art. R. 2122-2 du code de la santé publique).

En pratique :

A toutes les femmes enceintes, lors du 1° examen prénatal avant la fin du 3° mois de grossesse :
➡ demander systématiquement RAI.

Si la femme enceinte ne possède pas de carte de groupe sanguin valide (validité permanente) :
➡ Détermination du groupe sanguin ABO, phénotypes rhésus complet et Kell avec les RAI lors du 1° examen prénatal.
➡ 2° détermination si nécessaire au 8° ou 9° mois de grossesse.

Si la femme enceinte est rhésus négatif ou si elle a subi précédemment une transfusion :
➡ RAI aux 6°, 8° et 9°mois de grossesse (correspondant aux 4°, 6° et 7°examens prénataux.

2) Le contexte transfusionnel

• Avant une transfusion envisagée pour anémie mal tolérée ou acte chirurgical à prévision hémorragique, en cas de première transfusion dans un contexte d'urgence :
➡ Prescrire un groupe sanguin uniquement en l'absence d'une carte de groupe valide ou si l'identité du patient n'a pu être vérifiée.
➡ Prescrire une RAI.
Le délai de validité d'une RAI négative est de 21 jours en l'absence d'antécédents transfusionnels ou d'autres épisodes immunisants (grossesse, greffe...) et de 3 jours seulement dans le cas contraire.

• Après une transfusion :
➡ Prescrire une RAI entre 1 et 3 mois après la dernière transfusion.

Dans tous les autres cas, l'examen n'est pas remboursé.

Dans les cas de prescription sur demandes des patients pour convenance personnelle (voyages, sorties scolaires, demandes de passeport, pratique d'un sport, régimes...) le médecin prescripteur doit ajouter la mention **« non remboursable »** au regard de cet acte sur l'ordonnance.

Coût d'un groupe sanguin (réalisé sur deux prélèvements) + **RAI :** environ **65 €**

Bon usage de la prescription du dosage de la vitamine D (25-(OH)-vitamine D (D2 + D3)

Quand doit-on prescrire un dosage de vitamine D ? Lorsque vous le jugez pertinent, bien sûr !

Toutefois, ce dosage ne sera pris en charge que dans les situations suivantes :

• Suspicion de rachitisme ;

• Suspicion d'ostéomalacie ;

• Suivi ambulatoire de l'adulte transplanté rénal au-delà de trois mois après transplantation ;

• Avant et après chirurgie bariatrique ;

• Evaluation et prise en charge des personnes âgées sujettes aux chutes répétées ;

• Respect des résumés caractéristiques du produit (RCP) des médicaments préconisant la réalisation de l'acte 1139.

➡ **En-dehors de ces situations, il est inutile de doser la vitamine D** (acte 1139), et notamment lors de l'instauration ou du suivi d'une supplémentation par la vitamine D.

Calendrier vaccinal 2014 : quoi de nouveau ??

Suite au calendrier allégé de 2013, confirmé en 2014, il nous semble opportun de remettre en lumière certains points.

Diphtérie-tétanos-polio-coqueluche

Chez l'enfant, rappel à 6 ans avec une dose pleine de la valence diphtérique (DTcaP), puis rappel à 11-13 ans mais avec une dose réduite de diphtérie (dTcaP). Les enfants n'ayant pas reçu le rappel à 6 ans recevrons en rattrapage entre 11 et 13 ans DTcaP (dose pleine de la valence diphtérique).

Chez l'adulte à 25 ans dTcaP, ensuite dTP à 45-65 ans (puis tous les 10 ans après 65 ans).

Importance du cocooning : vacciner (ou revacciner) tous les futurs parents et grands parents contre la coqueluche si le dernier rappel date de plus de 10 ans.

Rattrapage (pour se recaler le plus rapidement possible au nouveau calendrier : 45-65 ans). Si la dernière dose est > à 5 ans mais < à 25 ans entre 2 doses: faire à l'âge prévu selon le nouveau calendrier. Si la dernière dose est > à 25 ans faire le rappel immédiatement.

Ex : Ancien calendrier rappel prévu à 37 ans (fait à 27) • faire à 45 ans (mais attention à la coqueluche...).

Pour un rappel prévu à 48 ans (fait à 38) • le prévoir à 45 ans. (Si a déjà 48 ans : le faire, puis à 65 ans).

Si indication de coqueluche (notamment cocooning, personnel s'occupant de nourrissons...) mais dTP seul fait, délai minimum de 1 mois avant de faire dTcaP (et protection en 15j-3semaines).

ROR

Plus de vaccination à 9 mois pour les enfants admis en collectivité. Première dose à 1 an, 2ème entre 16 et 18 mois. Si épidémie, chez les enfants de 6 à 11 mois vaccinés avec le vaccin monovalent, indication des 2 doses du vaccin trivalent à l'âge de 1 an et 16-18 mois.

Pour tous ceux nés après 1981 recommandation de 2 doses de ROR.

Si cas groupés d'oreillons en collectivité : proposer une 3ème dose de ROR si la 2ème dose est > 10 ans.

HPV

2 doses (espacée de 6 mois) suffisent entre 11 et 14 ans (entre 11 et 13 ans révolu pour le Gardasil® et entre 11 et 14 ans révolu pour le Cervarix®), au delà de et jusqu'à 19 ans révolus : 3 doses. (Vacciner le plus tôt possible : meilleure réponse et 1 dose de moins).

Rotavirus

Préconisé par le HSCP, remboursement et prix en cours de négociation. Primovaccination entre 6 semaines et 2 mois. Nécessité de prévenir les parents du risque d'invagination intestinale (essentiellement dans la 1ère semaine suivant la 1ère dose) et d'expliquer les symptômes pour consultation rapide en cas de signes évocateurs. (25 à 30 cas spontanés /an/100.000 enfants, 2 à 6 cas supplémentaires par la vaccination/an/100.000 enfants).



Zona : Zostavax®

Proposé de 65 à 74 ans (voire rattrapage jusqu'à 79 ans), en cours de remboursement, les études montrent une diminution des cas de zonas et surtout des douleurs post zostériennes.

Pneumo 23®

Attention vaccin polyosidique : les doses trop rapprochées en diminuent son efficacité. Pas de dose à moins de 5 ans de la précédente.

Compte tenu du risque d'hyporéponse, Il nous parait légitime de ne vacciner que les ≥65ans à risque d'infections invasives à pneumocoque par une seule dose de Pneumo23®. (Hors immunodéprimés).

Rq l'étude CAPITA (en attente) évalue l'efficacité du Prevenar® sur la prévention des pneumonies et infections invasives à pneumocoques. Les résultats préliminaires semblent encourageants. Mais cette étude ne permet pas de répondre à la question si ce vaccin est supérieur au Pneumo23®.

Références :

Le calendrier vaccinal 2014 sur les sites de l'INPES et Sante.gouv.fr

Pour Rotavirus, Zostavax® et concernant les immunodéprimés : site du HSCP

Dr Céline QUENAUD
Dr Joël LEROY

Dépistage itinérant et prise en charge de la rétinopathie diabétique en franche-comté

La rétinopathie diabétique est la première cause de cécité évitable en France et la complication la plus fréquente du diabète.

Pour répondre à cet enjeu sanitaire public, l'Association Régionale pour le dépistage de la rétinopathie diabétique de Franche-Comté a mis en place un projet de dépistage itinérant de cette pathologie sur la région. Ce dépistage est ouvert aux ophtalmologistes libéraux pour lesquels un nouvel acte de télémédecine pour la lecture différée d'une rétinographie en couleur a été inscrit à la CCAM.

La rétinopathie diabétique, un enjeu fort de dépistage en Franche-Comté

La rétinopathie diabétique, maladie du capillaire rétinien liée au diabète de type 1 et 2, est la première cause de cécité évitable en France ; en l'absence de traitement, elle conduit inexorablement à la cécité.

On estime qu'environ 40% des diabétiques sont porteurs d'une rétinopathie, ce qui représente environ 1 000 000 de patients en France. Les principales causes du dysfonctionnement dans la prise en charge et le suivi ophtalmologique des patients diabétiques sont la méconnaissance de la pathologie par le patient et l'absence de signes ou l'apparition de signes trop tardifs. Un dépistage précoce permet pourtant d'agir sur l'équilibre du diabète et de la tension artérielle et d'avoir un recours éventuel à un traitement par laser, garantissant ainsi la conservation de la vision.

L'augmentation de la population diabétique fait du dépistage de la rétinopathie diabétique un réel enjeu sanitaire public. En Franche-Comté, l'incidence du diabète est en constante augmentation ; entre 2003 et 2011 l'augmentation de nouveaux cas de diabète est estimée à 70% .

Dans notre région le dépistage de la rétinopathie diabétique est un enjeu d'autant plus prégnant que les difficultés d'accès aux soins ophtalmologiques des patients en zone rurale sont importantes. Ces dernières s'expliquent en grande partie par la chute de la démographie médicale (notamment celle des médecins ophtalmologistes). Le dépistage de la rétinopathie diabétique à un stade précoce semble donc plus difficile que dans d'autres régions françaises.



De ce constat est née l'idée de mettre en place, à l'instar de ce qui est fait en Bourgogne, un dépistage de la rétinopathie diabétique dont l'originalité réside dans la détection de cette complication au plus près de la population. L'Association Régionale pour le dépistage de la rétinopathie diabétique (RétinoDiab-FC) porte ce projet depuis la fin d'année 2013.

Le dépistage itinérant de la rétinopathie diabétique en Franche-Comté

Pour répondre à la difficulté de prise en charge de la rétinopathie en Franche-Comté, trois actions ont été mises en place par l'association. Ces actions complètent l'intervention quotidienne des professionnels de santé de ville. Elles visent :

- l'organisation du dépistage sur le territoire ;
- l'accompagnement du patient diabétique dans la prise en charge de sa maladie ;
- l'information du patient diabétique sur sa maladie.

1) Promouvoir le dépistage auprès des patients diabétiques

L'objectif de cette action, qui s'opère en partenariat avec l'ARS et les régimes d'assurance maladie (CPAM, RSI, MSA), est de toucher les patients diabétiques consultants peu ou rarement un ophtalmologiste. Il s'agit de leur proposer un dépistage de proximité.

Pour ce faire, un travail en amont est effectué avec les caisses d'assurance maladie du régime général, de la mutualité sociale agricole et du régime social des indépendants. Les cantons au plus faible taux de dépistage sont identifiés et les caisses d'assurance maladie envoient une invitation à venir se faire dépister aux patients du canton qui n'ont pas vu d'ophtalmologiste depuis plus de deux ans. Prochainement les professionnels du canton seront eux aussi informés des dates de dépistage et pourront envoyer leurs patients non suivis.

Formée pour cette action, une orthoptiste se déplace dans les zones identifiées, avec camionnette équipée d'un rétinographe. Elle réalise pour chaque patient dépisté des photographies de fond d'œil et une tonométrie. Un représentant des usagers réalise une sensibilisation au suivi du diabète les journées de dépistage et remet un guide écrit par l'association RétinoDiab-fc. La lecture des fond d'œil est réalisée en télémédecine par les services d'ophtalmologie des CHG et du CHU et bientôt par les médecins ophtalmologistes libéraux. Jusqu'à présent le camion est mis à disposition par l'URPS médecins Bourgogne pour 5 semaines par an. Les indicateurs régionaux justifient l'acquisition d'une camionnette pour organiser un dépistage plus fréquent.



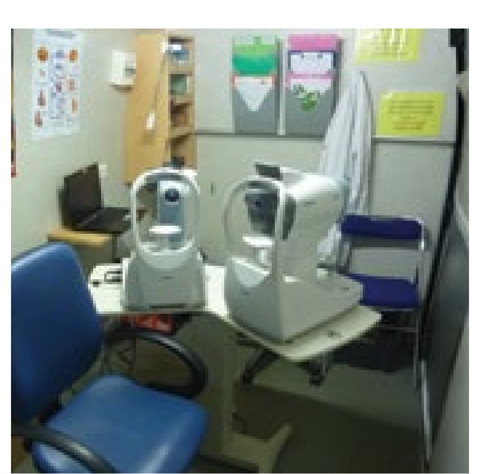
Camion de dépistage

2) Organiser une prise en charge coordonnée des patients dépistés

Le traitement de la rétinopathie nécessite une étroite collaboration des acteurs de santé concernés : médecins généralistes, infirmières, pharmaciens, biologistes, orthoptistes, diabétologues, ophtalmologues, autres spécialistes et les établissements hospitaliers. L'Association Régionale pour le dépistage de la rétinopathie diabétique veille à organiser une prise en charge coordonnée pour les patients dépistés. En accord avec les ophtalmologues libéraux, il a été convenu que le délai maximum d'attente pour une prise de rendez-vous, suite à un dépistage positif dans le cadre du projet, s'élèverait à deux mois. Par ailleurs, à la suite d'un dépistage, un retour d'information systématisé au médecin traitant, à l'ophtalmologue et au diabétologue a été acté.

3) Prévenir et informer les patients grâce à des messages de santé publique partagés

L'action conduite s'inscrit ainsi dans une dynamique de prévention régionale. Il importe que l'ensemble des professionnels de santé et des acteurs institutionnels du territoire (ARS, l'assurance-maladie, les associations de patients, les collectivités locales) portent les mêmes messages de santé publique. A ce jour, l'Association Régionale pour le dépistage de la rétinopathie diabétique promeut des actions de prévention directes auprès des patients comme la remise du dépliant « Diabète : Manger et Bouger Au Quotidien ». En tant que médecins libéraux, nous devons saisir la dynamique en œuvre pour sensibiliser nos patients et les informer de ce service mis à leur disposition.


Intérieur du fourgon

Cette initiative est vectrice d'une meilleure prise en charge des patients diabétiques sur notre territoire. Le dépistage précoce de la rétinopathie diabétique organisé dans notre région devrait permettre à un grand nombre de nos patients d'éviter l'aggravation de leur maladie, de les accompagner dans leur parcours de soins et ainsi d'éviter l'entrée dans la dépendance et un maintien à domicile très coûteux.

Nous avons tous à y gagner, à nous de jouer !



Dr Pierre BOBEY
Président de RétinoDiab-FC
Association de dépistage itinérant de la rétinopathie diabétique en Franche-Comté

C'est de saison ! Tiques et lyme

PREVENTION PRIMAIRE :

Se protéger lors des promenades en forêt : vêtements longs et fermés (de couleur claire pour mieux les voir) + chapeau. Inspection soigneuse du corps et cuir chevelu aux retours des promenades.
• **Utilisation de répulsifs** (mais efficacité non démontrée et parfois contre-indiqués chez la femme enceinte et les enfants de moins de 30 mois).



PREVENTION SECONDAIRE :

• **Retrait précoce de la tique** à l'aide d'un tire-tique (ou d'une pince à épiler) sans application préalable d'éther, ou de tout autre produit chimique qui provoquerait la régurgitation de la tique.
➜ Appliquer ensuite un antiseptique sur la zone et surveillance locale attentive pendant 30 jours afin de détecter l'apparition d'un érythème migrant (EM) qui sera alors traité. La présence d'une petite zone d'érythème autour de la piqûre immédiatement ou dans les 24 premières heures après la morsure n'est que le résultat d'une réaction aux composés salivaires de la tique. La durée minimale d'incubation de l'EM est de 3 jours.
➜ Ne pas chercher à compléter l'extraction si une partie du rostre de la tique n'a pu être extirpée. Un petit granulome peut alors persister pendant plusieurs semaines.
➜ Vérifier la vaccination antitétanique.
Il est inutile de réaliser une sérologie de maladie de Lyme après morsure de tique.

ANTIBIOPROPHYLAXIE APRES MORSURE DE TIQUE :

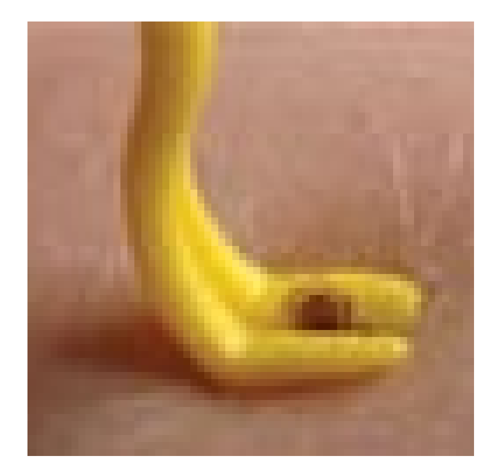
Non systématique, envisagée si :
• durée d'attachement de la tique supérieur à 48-72 heures ou non connue mais tique gorgée de sang ;
• à discuter chez la femme enceinte, l'enfant < 8 ans (surtout si multiples et attachement > 48 h) ;
• patients immunodéprimés.

➜ L'antibioprophylaxie doit alors être prescrite (maximum dans les 3 jours suivant le retrait de la tique) et peut faire appel aux schémas suivants :
• Chez l'adulte et l'enfant de plus de 8 ans : doxycycline per os : 200 mg en 1 prise unique ;
• Chez la femme enceinte : amoxicilline per os (500 mg x3/j) et l'enfant de moins de 8 ans (50 mg/kg/j ; 2 g/j max) pendant 10 jours ;
• Chez l'immunodéprimé : doxycycline 200 mg en 1 prise unique ou amoxicilline 1 g x 3/j pdt 10-21j.

TRAITEMENT CURATIF D'UN ERYTHEME MIGRANT :

➜ **Traiter toute lésion** érythémateuse non indurée, non prurigineuse, habituellement d'au moins 5cm de diamètre avec une extension centrifuge. Mais le diagnostic doit être évoqué devant une lésion plus minime, dont l'extension en quelques jours confirmera alors le diagnostic. L'EM peut s'accompagner d'arthromyalgies fugaces et migratrices et de signes généraux modérés et peu spécifiques (fébricule et asthénie).
Un EM typique bien traité n'a aucun risque d'évolution vers une phase secondaire ou tertiaire de la maladie.

Chez l'adulte et l'enfant de plus de 8 ans, choix entre :
• Doxycycline per os : 100 mg x 2/j pendant 14 jours (2 mg/kg x 2/j maximum 100 mg x2/j)
• Amoxicilline per os : 1g x 3/j (50 mg/kg/j en 3 prises, max 3 g/j) pdt 14 jours (notamment pour la femme enceinte)



Pour les enfants < 8 ans, choix entre :
• Amoxicilline per os : 50 mg/kg/j en 3 prises (maximum 2-3 g/j) pendant 14 jours ;
• Céfuroxime-axétil per os : 30 mg/kg/j en deux prises (maximum 1g/j) pendant 14 jours.

En cas d'allergie vraie aux ß-lactamines :
• Adultes et enfants > 8 ans : doxycycline 100 mg x 2/j (2 mg/kg x 2/j max 100 mg x2/j) pdt 14 jours.

Si intolérance ou contre-indication à la doxycycline :
• Azithromycine : 500 mg x 1/j (20 mg/kg x 1/j sans dépasser 500 mg/j) 10 jours (à l'activité plus incertaine).

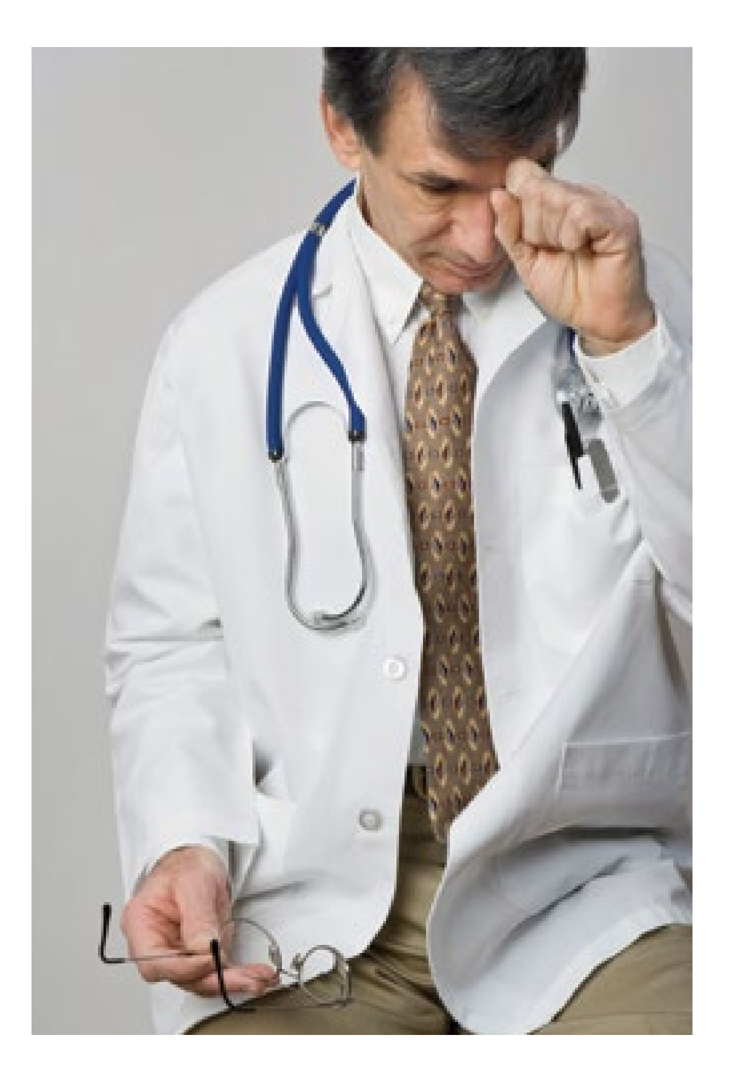
Remarque :
un western blot NEGATIVE si PLUS DE 3 SEMAINES après la morsure exclut la maladie.

Dr Céline QUENAUD d'après un article du Dr J.LEROY



➜ 0 826 004 580 — le numéro anti-burn out

Si vous vous sentez surmené, démotivé, stressé… Si vous n'arrivez plus à concilier vie professionnelle et vie familiale… Si vous ressentez une dépersonnalisation, un détachement croissant vis-à-vis de vos patients…Si vous estimez ne plus vous accomplir dans votre métier ou ne plus être efficace dans votre exercice… ➜ N'hésitez pas à appeler le 0 826 004 580.
Au bout du fil, une cellule d'écoute anonyme et confidentielle est à votre disposition 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, pour vous soutenir et vous aider à retrouver le chemin de la sérénité et de la confiance en vous, au besoin en vous orientant vers une prise en charge psychologique adaptée.
***" Ce numéro peut être utilisé en prévention, pour obtenir de l'information ou pour sortir d'une situation aigüe. Il ne faut pas hésiter à l'appeler plusieurs fois de suite : des psychologues sont au bout du fil pour vous aider et vous orienter"*, insiste le Dr Eric Galam, à l'origine du 0 826 004 580, numéro de l'Association d'Aide Professionnelle des Médecins Libéraux (AAPML), soutenu par plusieurs URPS-ML.**

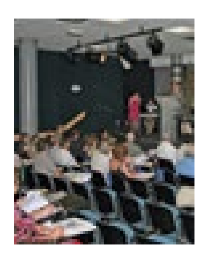


Du nouveau du côté de la CARMF et du Conseil de l'Ordre

Le Fonds d'Action Sociale de la CARMF et le Conseil de l'Ordre ont mis en œuvre deux mesures destinées à protéger les médecins les plus fragiles :
Une aide à la reprise progressive de l'activité qui permet au médecin de conserver ses indemnités journalières tout en travaillant, afin de permettre une reprise progressive (une sorte de mi-temps thérapeutique).
La création de l'Association pour la Promotion des Soins aux Soignants (APSS), qui propose une prise en charge du médecin pour des pathologies psychiques et addictives, dont le burn out, avec suppression du délai de carence de 90 jours, en contrepartie d'un engagement de soins.

Tél. : 0 810 00 33 33
www.apss-sante.fr

AGENDA



Lundi 2 juin
• CRSA « Commission permanente »
• CRSA « Commission préventive »

Mardi 3 juin
• OMEDIT « Observatoire régional du médicament »
• Réseau 25 « AG »

Merc. 4 juin
• Conférence Nationale des URPS-ML « groupe de travail de la mesure 29 du CSIS »
• Plateforme coordination psychiatrie « santé mentale Adulte » et « Psychiatrie du sujet âgé »
• Conférence de Territoire « Bureau »

Jeudi 5 juin
• URPS-CA « journée de l'installation en Médecine Libérale »
• Plateforme coordination Psychiatrie « COPIL »

Vend. 6 juin
• Alzheimer « Malades jeunes»
• Association Nationale Prévention en Alcoologie « Repérage précoce et intervention brève via consultation jeunes consommateurs »

Samedi 7 juin
• URPS-LR « le regroupement des professionnels »

Mardi 10 juin
• REQUA Réseau Qualité des établissements de FC : « Formation analyse des Evénements Indésirables Associés aux Soins (EIAS) et formation mise en place de Comité de Retour d'Expérience (CREX) »

Jeudi 12 juin
• CRSA « Plénière de fin de mandature »
• Conférence Nationale des URPS-ML « Bureau »
• ASEPT Association de Santé d'Education et de Prévention sur les Territoires « AG + CA »
• AVC « comité de coordination régional »
• Conférence Nationale des URPS-ML « Commission Coopération inteprofessionnelle et délégation de tâche »

Vendredi 13 juin
• 6èmes assises nationales de l'accessibilité
E-shift « COPIL »
• Conférence Nationale des URPS « Chantier Vigilances »

Samedi 14 juin
• URPS-ML-FC « 20 ans »

Lundi 16 juin
• EREBFC Espace Ethique de Réflexion Bourgogne-FC « Ethique et Vieillissement et Handicap »

Mardi 17 juin
• MSA « avenir des ex-hôpitaux locaux »
• ADNA Association développement Neurologie Appliquée ''La Mémoire''
• DIRECTTE Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi « sensibilisation des personnels soignants aux questions de maintien dans l'emploi »
• URPS-ML-FC « AG »

Jeudi 19 juin
• ARS « avancement 3ème Plan Autisme »
• Autisme « COPIL »

Lundi 23 juin
• Don Du Souffle « AG »DS
• ISPL Institut Statistique des Professionnels de Santé Libéraux « Bureau »

Mardi 24 juin
• Léo Pharma « rencontre »
• SROS « Soins de suite et de réadaptation»

Vend. 27 juin
• CSOS : « maternité de Montbeliard »
• Du lundi 30 au vendredi 4 juill. Université d'Eté francophone en santé publique

Jeudi 3 juillet
• Dépistage Rétinopathie diabétique « COPIL »

Vend. 4 juillet
• Conférence Nationale des URPS « Commission Pôles et Maisons de Santé »

Samedi 5 juillet
• Conférence Nationale des URPS « AG »

Mardi 8 juillet
• AFCET « AG »

Merc. 9 juillet
• Rencontre Sénateur Mme Genisson sur rapport « coopération entre professionnels de santé »
• Pandémie Grippale

Samedi 12 juillet
• ISPL « AGO »

Mardi 15 juillet
• Commission Cancérologie URPS / IRFC



La Lettre de l'Union est éditée par l'Union Régionale des Professionnels de Santé de Franche-Comté - 28 rue de la République - 25000 Besançon - Tél : 03 81 25 52 70
Fax : 03 81 25 52 79 - email : urps-ml-fc@orange.fr - www.urps-ml-fc.fr n°ISNN : 2265-173X
Directeur de publication : Dr Bertin-Belot - **Comité de rédaction** : Bureau de l'Union - **Coordination** : Thomas Penn - **Création graphique** : Inanuiicreation - **Crédits photos** : URPS-ML-FC, Dr Bertin Belot - **Impression** : Donier imprimeur